

## JUSTIFICACIÓN MÉDICA POR TRANSPORTE

Obra Social	Fecha:     /     /	
Nombre	Apellido	
Nº de beneficiario	Tipo de Doc.	Nº de Documento
Edad	Sexo	

Diagnóstico .....

.....

Indicar justificativo de la necesidad de transporte.....

.....

.....

Por lo que requiere traslado no público desde/hasta

1- Dirección de origen .....

Dirección de destino .....

**Prestación a la que asiste**.....

2- Dirección de origen .....

Dirección de destino .....

**Prestación a la que asiste**.....

3- Dirección de origen .....

Dirección de destino .....

**Prestación a la que asiste**.....

Dependencia: ☐ SI   ☐ NO   *En caso de afirmativo se deberá adjuntar Formulario FIM*

Durante el período (mes)..... y (mes) ..... del año.....

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico tratante